N° 94

AVANTAGES

DES OPÉRATIONS CONSERVATRICES

DANS LES

SALPINGO-OVARITES

CHRONIQUES

DÉDUCTIONS CLINIQUES

A PROPOS DE PLUSIEURS CAS OBSERVÉS DANS LE SERVICE DE MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

LE 30 JUILLET 1909

ACAD. MED. BAT. BIBL.

PAR

JEAN PY

NÉ A BÉDARIEUX LE 9 JUILLET 1882

Externe des hôpitaux de Montpellier (Concours 1905)
Interne des hôpitaux de Bône

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DE LA MANUFACTURE DE LA CHARITÉ

1909

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✲)..... DOYEN.
SARDA..... ASSESSEUR

PROFESSEURS

Clinique médicale.....	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseignement de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT (✲).
Thérapeutique et Matière médicale.....	HAMELIN (✲).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses..	MAIRET (✲).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (✲).
Chimie médicale.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie...	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et Toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	H. BERTIN-SANS.
Pathologie et thérapeutique générales.....	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.

Professeurs adjoints : M. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : M. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT.
Secrétaire honoraire : M. GOT.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique ann. des mal. syphil. et cutan..	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards.	VIRES, agrégé.
Pathologie externe.....	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique.....	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.....	PUECH, prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, prof. adj.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GALAVIELLE.	MM. SOUBEYRAN.	MM. LEENHARDT.
VIRES.	GUERIN.	GAUSSEL.
VEDEL.	GAGNIERE.	RICHE.
JEANBRAU.	GRYNFELTT Ed.	CABANNES.
POUJOL.	LAGRIFFOUL.	DERRIEN.

M. IZARD, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. DE ROUVILLE, *président.*	MM. GAUSSEL, *agrégé.*
BAUMEL, *professeur.*	RICHE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Que j'unis dans un même sentiment d'éternelle reconnaissance.

A MA SŒUR ET A MES FRÈRES

A TOUS CEUX QUE J'AIME

JEAN PY.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAUMEL

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MES MAITRES

DES HOPITAUX DE BÔNE

JEAN PY.

INTRODUCTION

« Il est une discussion encore ouverte, qui a beaucoup passionné les esprits et qui de temps en temps reparaît à l'ordre du jour des Sociétés savantes » : En présence d'une salpingo-ovarite chronique, que doit-on faire ? Le chirurgien doit-il à l'exclusion de tout autre moyen intervenir par une castration abdominale totale ou bien user chirurgicalement des moyens palliatifs ? Doit-il faire de la conservation ou au contraire, une fois le diagnostic établi, doit-il faire une intervention radicale ? Ne peut-on pas par une intervention relativement modérée obtenir les résultats que l'on demande à l'opération de Battey ? Sans faire intervenir ici des sentiments de démographie et de patriotisme, la question en un mot, ne vaut-elle point la peine d'être posée, avant de supprimer sûrement, sans retour, non seulement quelquefois la vie sexuelle d'une femme jeune, mais encore, chez elle, les fonctions de la maternité ?

Nous avons eu la bonne fortune et l'honneur pendant les six mois de notre externat chez M. le professeur de Rouville, de voir se poser tous les jours cette haute question chirurgicale en même temps que morale. Notre maître,

pour lequel nous avons une éternelle reconnaissance et à qui nous adressons, ici, l'expression de toute notre gratitude, a bien voulu nous confier la solution de cette question, ou plutôt il nous a engagé à émettre une opinion. Nous l'en remercions vivement. Avec lui, nous avons eu l'occasion inappréciable de recueillir de nombreuses observations — et cela, au moment même de la fondation de son service, à l'Hôpital Suburbain. Les cas que nous relatons dans ce travail ont tous été suivis par M. le professeur de Rouville et les résultats que nous donnons seront le fond et la preuve de la thèse que nous voulons soutenir.

A dessein nous avons choisi pour titre : « Avantages des opérations conservatrices dans les salpingo-ovarites chroniques » voulant ainsi établir immédiatement que notre travail est une discussion et surtout une discussion basée sur les nombreuses observations recueillies la plupart par nous, dans le service.

Nous allons exposer dans leur ensemble ces observations, en les classant suivant un ordre logique, d'après les résultats obtenus. Nous donnerons la première place à celles pour lesquelles l'intervention conservatrice a été couronnée de succès, sans récidive, et nous citerons d'abord celle où une grossesse consécutive a été observée. Après cela nous relèverons les cas nombreux de guérisons ; nous terminerons enfin par les cas de récidives pour lesquelles une opération itérative a été nécessaire.

Avant d'entrer dans la discussion des résultats obtenus, nous avons cru bon de faire rapidement un historique, montrant mieux par l'exposé des deux méthodes, les diverses étapes qu'elles ont traversées.

Dans une troisième partie, nous basant uniquement sur nos observations, nous avons essayé de prouver qu'une conservation prudemment et sagement faite, devait être

tentée chez des femmes jeunes, dans bien des cas. Nous pensons, en effet, avec notre maître que : « l'intangibilité du pouvoir procréateur, lorsqu'il est compatible avec l'état de santé, est un principe dont il ne faut jamais se départir. »

L'examen des lésions, spécialement traité dans chaque observation, nous a paru expliquer suffisamment les indications d'intervention pour ne pas traiter à part un chapitre d'anatomie pathologique qui ne doit pas trouver place dans un travail comme le nôtre.

Voici donc exposées, avec tous les détails qu'elles comportent, les observations recueillies dans le service de M. le professeur de Rouville. Nous avons tâché de reproduire chacune d'elles avec méthode : elles sont le fond de notre thèse, et, c'est de leur exposé que découlera une conclusion toute naturelle.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534907_0091

AVANTAGES DES OPÉRATIONS CONSERVATRICES

DANS LES

SALPINGO-OVARITES CHRONIQUES

DÉDUCTIONS CLINIQUES

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATIONS CLINIQUES

OBSERVATION 1

Inédite. Due à l'obligeance de M. le Professeur DE ROUVILLE.

Salpingo-ovarite double. — Pyosalpinx et abcès péritonial attenant à la trompe. — Ablation des annexes droites, résection de l'ovaire gauche. — Guérison suivie de *grossesse*.

Mme E. C..., sans profession, 21 ans, entre dans le service de M. le Professeur de Rouville le 19 novembre 1907 pour douleurs dans le bas-ventre, très anciennes à gauche, récentes à droite.

Réglée à 14 ans, d'une façon régulière, et pendant trois jours; ses règles étaient abondantes, sans caillots, ni leucorrhée, mais accompagnées de dysménorrhée assez violente. Le 22 novembre 1904, en pleines règles, la malade ayant pris un bain eut une violente hémorragie, suivie d'un écoulement sanguin assez abondant. Avant cette hémorragie, pas de suppression des règles. Le 3 décembre, bien que perdant encore, elle se marie. Le 9, l'hémorragie s'arrête pour reprendre le 12. Elle est alors obligée de s'aliter et expulse de nombreux caillots noirâtres. Le 14 décembre elle entre à la maternité où on la soigne par des injections chaudes et des tamponnements. Au bout de trentre-trois jours la malade quitte volontairement la maternité; elle ne perd plus, mais souffre du bas-ventre, avec irradiations dans les lombes. Elle retourne quelques jours après à la consultation de la maternité; on lui propose un curetage, qu'elle refuse. Les douleurs vont s'atténuant jusqu'en mars 1905 et disparaissent alors. Les règles reviennent dès lors régulières, de même durée et quantité qu'avant la maladie, avec même un peu moins de dysménorrhée.

En août 1905, absence des règles et fin septembre, pendant les vendanges, à la suite, dit-elle, de violentes secousses ressenties par elle sur un véhicule, elle éprouve de violentes douleurs et a une forte hémorragie avec caillots et débris de membranes. Les règles ne reparaissent pas les mois suivants, et neuf mois et demi après, c'est-à-dire seize mois avant son entrée à l'hôpital, elle accouche à la maternité, après une bonne grossesse. Bonnes suites de couches; ni hémorragie, ni infection; elle nourrit quatorze mois. Pendant l'aménorrhée, peu ou pas de douleurs. Dès la réapparition des règles, vives douleurs dans le bas-ventre, à gauche, et surtout à droite. Pertes rouges ou blanches dans l'intervalle des règles, d'abord intermittentes, puis continuelles.

A son entrée à l'hôpital, la malade a des pertes sanguinolentes assez abondantes, et éprouve des douleurs très vives des deux côtés du bas-ventre, non calmées par le décubitus dorsal.

A l'examen, l'inspection n'offre rien de particulier. A la palpation, la région des annexes est très douloureuse, surtout à droite. Défense musculaire très vive.

Au toucher, bonne musculature péritonéale, vagin normal; rien dans les culs-de sac antérieur, postérieur et latéral gauche. Dans le cul-de-sac latéral droit on sent une tuméfaction haut située, mobile, lisse et ne se prolongeant pas dans le cul-de-sac postérieur. Cette tuméfaction n'empêche pas la main abdominale d'entrer en contact avec les doigts intra-vaginaux. Le col est gros, bien en place. L'utérus est gros, mobile mais douloureux, fortement dévié à droite.

L'introduction de l'hystéromètre est impossible, à cause de cette déviation. On procède à l'hystérométrie à l'aide d'une petite bougie d'Hegar, qui donne comme mensuration, 0 08cm à 0,08cm1/2, environ.

Pas de température, urine normale.

Le 4 décembre 1907, on pratique la laparotomie. La paroi est très vasculaire. L'utérus est gros et vascularisé. Soulevé avec une pince, on n'aperçoit pas les annexes droites qui sont fortement adhérentes au cul-de-sac latéral droit. Après avoir garni de compresses le petit bassin, on essaie de décortiquer les annexes, ce qui amène la rupture d'un abcès d'où s'écoule un pus séreux. On arrive alors facilement à énucléer trompe et ovaire droits. L'ovaire est sclé-reux et très dur, sans kystes; il est atrophié. La trompe correspondante est volumineuse, tuméfiée, très rouge et bosselée. On procède alors à l'ablation de ces annexes. A gauche, la trompe et l'ovaire paraissent moins malades. Un examen plus minutieux montre la trompe saine, et l'ovaire

renfermant un kyste hématique d'un gros corps jaune qui est réséqué entièrement. Le reste de l'ovaire qui renferme de petits kystes séreux, est ignipuncturé. Fermeture par un sujet de catgut ; résection d'un morceau d'epiploon, peut-être souillé par le pus écoulé de l'abcès ; nettoyage sérieux du Douglas, dans lequel on met un drain de Tuffier, avec deux mèches de gaze placées latéralement. Fermeture de la paroi à trois places.

Immédiatement après l'opération, injection sous-cutanée de sérum artificiel.

L'examen-anatomo-pathologique de la trompe enlevée fournit la démonstration évidente de la formation et du siège de l'abcès ouvert pendant l'opération. En pressant sur la bosselure la plus externe, on fait sourdre du pus par l'atrium abdominale. Il y a aussi du pus dans les deux autres bosselures internes. Le mécanisme de la formation de l'abcès a donc été le suivant : Pyosalpinx ; chute de quelques gouttes de pus par l'atrium abdominale dans le péritoine ; péritonite enkystée suppurée limitée par des adhérences à l'intestin et aux franges du pavillon.

Le pus a été reconnu aseptique par l'examen microscopique et les cultures.

Suites opératoires excellentes. Au troisième jour, le pouls est à 73 et y reste.

Ablation du drain et d'une mèche de gaze au troisième jour. Il est impossible de trouver l'autre gaze.

La malade sort volontairement avec une fistule purulente le 10 janvier 1908.

Elle revient le 14, souffrant du ventre, et le 15 on peut retirer la mèche de gaze, avec une pince de Kocher. Il sort du pus en quantité. La malade rentre chez elle mais deux jours après, ayant beaucoup souffert, elle revient se faire examiner.

Elle rentre à nouveau dans le service, et le 23 janvier on lui fait une colpotomie postérieure et on draine le Douglas. La plaie est complètement fermée au vingtième jour. La malade sort complètement rétablie.

Il y a à peine un mois, le 20 juin 1909, Mme E. C... vient trouver M. le Professeur de Rouville. Les fonctions de son appareil génital sont parfaites, telles même dit-elle, qu'elle ne les avait jamais eues depuis son mariage. Elle est enceinte de trois mois environ et a eu jusqu'ici une grossesse absolument normale.

OBSERVATION 2.

Observation inédite et personnelle.

Ovarite kystique — Résection partielle de l'ovaire gauche. — Guérison.

Mme G. L., ménagère, 31 ans, entre dans le service de M. le le professeur de Rouville, le 20 novembre 1906, pour douleurs dans le bas-ventre et l'hypocondre gauche. Normalement réglée à 12 ans, elle ne se marie qu'à 27 ans. Dans cet intervalle, règles d'une durée de quatre à cinq jours, peu abondantes, régulières et sans dysménorrhée aucune.

Quinze mois après son mariage, grossesse normale qui donne lieu, à terme, à un bon accouchement; suites de couches normales, mais antiseptie négligée. Lors de la réapparition des menstrues, la malade éprouve des douleurs d'abord sourdes, survivant seulement avant et pendant les règles qui durent huit à dix jours, puis plus aiguës et presque continuelles qui l'amènent à entrer dans le service.

L'examen fait le 25 novembre nous montre une puissante musculature périnéale, avec vagin normal.

Le col est gros, mais sans œdème, la lèvre antérieure légèrement épaissie. L'utérus est mobile, un peu dévié à droite, semble-t-il, et légèrement augmenté de volume. On sent le fond à un travers de doigt au-dessus de la symphise. Le cul-de-sac latéral droit ne présente rien d'anormal. Dans le cul-de-sac latéral gauche, on sent l'ovaire rouler sur le doigt, probablement scléro-kystique. Sept centimètres et demi à l'hystérométrie.

Le 18 décembre, on pratique une laparotomie. L'utérus est à sa place, un peu gros, mais libre et sans adhérences, d'apparence normale. Les annexes droites paraissent absolument saines. L'ovaire gauche porte dans un corps jaune, un kyste hématique du volume d'une noisettte. Ce kyste est ouvert à l'extérieur. Résection du kyste et ignipuncture de deux ou trois kystes folliculaires. La trompe correspondante paraît saine et est laissée intacte. Suture de la paroi à trois plans, sans draînage.

Suites opératoires excellentes.

La malade sort guérie au dix-neuxième jour.

Depuis cette époque, fonctions génitales parfaites, les douleurs ont complètement disparu.

Santé parfaite jusqu'à ces derniers temps.

OBSERVATION 3

Observation personnelle et inédite

Ovarite double, kystique avec lésions plus prononcées à gauche. Hysteropexie abdominale — Ablation des annexes gauches — Résection de l'ovaire droit. Guérison.

Mme T. J., sujette espagnole, entre dans le service de M. le professeur de Rouville, le 13 novembre 1907, pour douleurs abdominales et pertes blanches.

Vu la difficulté de se faire comprendre par la malade, il est impossible de lui faire préciser quoi que ce soit. Nous retenons simplement dans son histoire antérieure, six grossesses terminées par de bons accouchements, mais suivis tous de négligences, comme soins, après la délivrance. La malade se levait, dit-elle, toujours au deuxième ou troisième jour, et ne prenait jamais la moindre précaution au point de vue antiseptique. Aussi présentait-elle depuis son premier accouchement de la dysmennorhée ovarienne et ses menstrues étaient elles suivies de pertes blanches.

Son dernier accouchement remonte à deux ans, et depuis cette époque les douleurs furent presque continuelles s'exagérant avant et pendant les règles.

Ces douleurs étaient localisées dans l'hypocondre gauche et elles amenèrent la malade à la nécessité d'interrompre toute occupation et nécessitèrent son transfert à l'hôpital.

A l'examen, on ne constate rien de particulier à l'inspection. La palpation n'est douloureuse que dans la région des annexes gauches. Au toucher, le col de l'utérus franchement en avant est gros, dur, présente de petites aspérités sur les deux lèvres, qui sont épaissies.

Une déchirure existe à la commissure gauche. Les culs de-sac antérieur et latéral droit sont libres ; le cul-de-sac postérieur est occupé par une tumeur, qui est l'utérus en retroversion très prononcée. La main qui repose sur l'abdomen n'arrive pas à en délimiter nettement le fond, mais il paraît gros. Le cul-de-sac latéral gauche est douloureux à la pression. On sent nettement l'ovaire augmenté de volume et douloureux. La trompe se sent à peine, et ne roule pas sous le doigt. Elle paraît ne présenter aucune

lésion. L'hystérométrie est difficile, sinon impossible avec l'hystéromètre. Pratiquée avec une petite bougie d'Hegar, elle donne approximativement 8 1/2 à 9 centimètres.

Le 19 novembre on pratique la laporotomie. L'utérus est tout à fait basculé en arrière, difficile à trouver, mais facilement réductible. L'ovaire gauche est doublé de volume et polykystique ; la trompe correspondante paraît normale et sans adhérences. Elle est sacrifiée avec l'ovaire. L'ovaire droit renferme un gros kyste hématique qu'on résèque ; on le suture au catgut et on fait ensuite l'hystéropexie abdominale (Doléris-Richelot). Reconstitution de la paroi à trois plans sans drainage.

L'examen anatomo-pathologique des pièces vient encore une fois confirmer les lésions supposées de visu. L'ovaire gauche renferme de nombreux kystes citrins, un gros kyste folliculaire hématique et un kyste hématique d'un gros corps jaune. La trompe est perméable. Suites opératoires parfaites.

La malade sort guérie le 13 décembre. Revue en mars 1908, on constate que l'utérus est solidement fixé, et que les culs-de-sac latéraux sont indemnes et non douloureux.

OBSERVATION 4

Observation inédite et personnelle

Salpingo-ovarite double, scléreuse. — Ablation des annexes droites, ignipuncture de l'ovaire gauche. — Guérison.

Mme H. L., 32 ans, entre dans le service de M. le professeur de Rouville, le 11 septembre 1907, pour douleurs abdominales localisées surtout au côté droit du bas ventre, (était déjà entrée le 10 mai et le 10 octobre 1906 pour folli-

culite uréthrale traitée et guérie par cautérisation des follicules et résection de la muqueuse uréthrale). A son entrée dans le service, la malade dit avoir toujours eu des pertes blanches abondantes, tachant et empesant le linge. Depuis le mois de juin 1907, elle se plaint de douleurs continues, avec exacerbation nocturne, localisées au côté droit du bas-ventre, irradiées vers les lombes du même côté, et s'exagérant au moment des règles au point de l'obliger à garder le lit.

A l'examen on trouve sur le pourtour du méat urinaire quelques points rouge-vif, mais pas douloureux à la pression. La vulve est normale, le vagin étroit est en entonnoir. Le col est dur et légèrement augmenté de volume. L'utérus est mobile et en position normale. Dans le cul-de-sac droit les annexes sont très douloureuses à la pression. La douleur ainsi provoquée dans le cul-de-sac gauche est bien moindre. L'ovaire gauche paraît en prolapsus partiel dans le Douglas.

Après quelques jours de repos et de pansements vaginaux à l'Ichtiol, une légère amélioration survient, au point de vue douleur, qui permet à la malade de rester levée pendant ses règles qui durent du 22 au 25 septembre. Mais la malade désireuse d'arriver à la guérison complète, réclame une intervention.

La laparotomie est pratiquée le 1er octobre. L'utérus est petit, en position normale et facilement élevé par traction à l'aide d'une pince. La trompe gauche paraît saine; l'ovaire correspondant est petit et scléreux. On le ponctionne au thermocautère, et on brûle un petit kyste qui se trouve sur son ligament. A droite, l'ovaire est gros, étalé en surface et renferme un kyste hématique de la grosseur d'une noisette qui se crève avant sa libération. On enlève les annexes droites et après reconstitution du ligament large, on re-

constitue la paroi en trois plans au catgut, sans drainage. La malade sort guérie, le 27 octobre, munie d'une ceinture hypogastrique. Guérison confirmée depuis cette époque.

OBSERVATION 5

Observation inédite due à l'obligeance de M. le Professeur DE ROUVILLE.

Rétroversion et salpingo-ovarite équilatérale, hystéropexie et ablation des annexes droites; ignipuncture de l'ovaire gauche. Guérison.

M. A..., 28 ans, entre dans le service de M. le professeur de Rouville, le 2 mai 1907, pour douleurs dans l'hypocondre et la fosse illiaque droits. Pas de pertes blanches.

Réglée à 16 ans, dysmennorrhée ovarienne; règles abondantes et d'une durée de quatre à cinq jours.

Trois enfants, grossesses, accouchements et suites de couches normales. Mais après le dernier accouchement qui remonte à 1905, il est survenu des pertes jaunâtres, fétides qui ont cessé par des injections chaudes antiseptiques.

Sept mois après, les règles reviennent, accompagnées de métrorrhagies douloureuses; elles sont irrégulières.

A l'examen, on trouve un col un peu gros, bas dans le vagin, porteur d'une légère érosion. L'utérus est très mobile et les annexes sont perceptibles et douloureuses à droite.

Bon appétit, constipation assez marquée; quelques palpitations de cœur; pas de troubles urinaires.

Le 9 mai 1907 ont fait une hystéropexie suivant le procédé de Doleris-Richelot et ablation des annexes droites.

L'ovaire gauche présentant quelques petits kystes folliculaires, ceux-ci sont ignipuncturés.

Suites opératoires excellentes. La malade sort guérie le 1er juin.

Revue en février 1908, elle déclare ne plus avoir souffert depuis son opération. Etat génital excellent.

OBSERVATION 6

Observation inédite due à l'obligeance de M. le professeur DE ROUVILLE.

Mobilité excessive de l'utérus.— Salpingo-ovarite uni latérale. — Hystéropexie. Ablation des annexes droites. Ignipuncture de l'ovaire gauche. Guérison.

Mme D..., 30 ans, entre le 12 mai 1907, pour douleurs abdominales, surtout prononcées à droite.

Réglée à 13 ans d'une façon normale, sauf un peu de dysménnorrhée utérine.

Mariée à 17 ans, même état des règles qui durent quatre à cinq jours. Pas de pertes blanches. Deux enfants ; grossesses bonnes ; accouchements normaux ; bonnes suites de couches pour le premier, mauvaise involution pour le second.

En 1903, avortement de deux mois.

Depuis cette époque douleurs abdominales irradiées vers le flanc droit, règles irrégulières et douloureuses, pertes blanches abondantes, légère douleur à la miction.

A l'examen, on trouve un utérus, normal comme volume et situation ; les culs de sac latéraux sont libres, le gauche presque pas douloureux à la pression, le droit au contraire très douloureux.

Le 16 mai 1907, on pratique la laparotomie. Les annexes gauches sont saines quant à la trompe. L'ovaire est scléro-

kystique et est ignipuncturé. A droite, la trompe est augmentée de volume ; les franges sont épaissies. On trouve de petits kystes multiples sous-péritonéaux disséminés à la surface des franges et de la trompe. L'ovaire correspondant est augmenté de volume, gros comme une amande, sclérokystique, et présente un kyste hématique d'un corps jaune, saillant à la surface.

Ablation des annexes droites ; hystéropexie (procédé Doleris-Richelot).

La malade sort guérie le 11 juin.

Elle vient en juin 1908 retrouver M. le Professeur de Rouville et se trouve en parfait état de santé.

OBSERVATION 7

Observation inédite et personnelle.

Salpingo-ovarite kystique. — Ablation des annexes droites, ignipuncture de l'ovaire gauche. — Guérison.

M^me^ C. J..., 38 ans, entre dans le service de M. le professeur de Rouville, pour douleurs dans les fosses iliaques surtout à gauche.

Réglée à 12 ans, mariée à 17. A eu 6 enfants et une fausse couche. Les cinq premiers accouchements n'ont rien présenté d'anormal ; les grossesses bonnes, les suites de couches aussi. Après le cinquième accouchement, survenu il y a six ans, elle a subi un curetage pour métrorrhagies ; après ce curetage, la malade a souffert dans l'hypogastre et la fosse iliaque droite, mais d'une façon modérée.

Il y a trois ans et demi, elle a eu son sixième accouchement, très long, avec mauvaise présentation. Pendant les

suites de couche, la malade se sent faible, souffre du ventre ; tout travail pénible la fatigue beaucoup.

Les règles sont revenues, un an après l'accouchement. Ce sont de véritables métrorrhagies, durant dix à douze jours et avec de l'avance, chaque mois.

Etat général mauvais. En outre de ces douleurs abdominales, à peu près continues, avec des paroxysmes à la moindre occasion, la malade a des syncopes fréquentes.

Un premier examen approfondi, fait dans le service, détermine du ballonnement considérable du ventre douloureux.

Cet examen a montré le col déchiré avec bouchon mucopurulent de métrite ; l'utérus en ante-flexion remonte haut. Le cul-de-sac latéral droit paraît souple, le cul-de-sac gauche est très douloureux et donne la sensation d'une masse annexielle. Hystérométrie, 0,08cm à 0,08 1/2. On pose le diagnostic d'une annexite avec lésions paramétritiques.

Malade au repos ; compresses humides sur le ventre ; injections et lavements ; cacodylate de Na. Sous l'influence de ce traitement, le ventre diminue peu à peu, et quand on juge les lésions refroidies, et la malade capable de supporter le choc, on intervient.

Le 15 juin 1907 : laparotomie.

L'utérus est en position à peu près normale. A droite l'ovaire est du volume d'une petite noix, présente un kyste hématique d'un corps jaune et des petits kystes folliculaires ; la trompe est turgescente, hypérémiée ; ablation des annexes droites. A gauche petit ovaire scléro-kystique sur lequel on pratique l'ignipuncture.

Excellentes suites opératoires ; guérison complète.

OBSERVATION 8

Observation inédite due à l'obligeance de M. le Professeur DE ROUVILLE.

Salpingo-ovarite double. — Ablation des annexes droites. Ponction au thermocautère de l'ovaire gauche. Guérison.

Mme A. B..., rue Amédée-Bichot, 39, 26 ans, entre le mois de juin 1907 dans le service de M. le professeur de Rouville pour douleurs abdominales généralisées.

Réglée à 17 ans, régulièrement trois à quatre jours, sans phénomènes douloureux, sans caillots. La malade n'accuse pas à cette époque de pertes blanches.

Se marie à 20 ans, n'a pas d'enfants. Six mois après son mariage, elle a eu un avortement de 50 jours. Après cette fausse couche, les douleurs apparaissent du côté gauche, mais se manifestent avec peu d'intensité. Fatigue générale, essoufflement, constipation.

A l'inspection : trois piqûres de sangsues du côté gauche. Rien de particulier.

A la palpation : bonne paroi.— Souplesse normale.— Douleur bilatérale accusée à la pression.

Au toucher. L'utérus est en ante-flexion, très mobile, pas douloureux. A gauche, les annexes paraissent augmentées de volume.

Intervention. Laparotomie. On trouve l'annexe droite congestionnée kystique. L'annexe gauche paraît normale. On enlève l'annexe droite. On ponctionne au thermocautère l'annexe gauche. On fait avec soin l'hémostase. L'utérus est redressé par hystéropexie. On ferme la paroi sans opérer de drainage. Suites opératoires normales. Pas de température.

La malade sort guérie. Est revue par M. le professeur de Rouville, un an après l'intervention, dans un parfait état de santé. Elle ne souffre plus. Ses règles sont normales.

OBSERVATION 9

Observation inédite et personnelle

Rétroversion et Salpingo-ovarite gauche. — Hystéropexie abdominale. — Ablation des annexes gauches. — Guérison.

Mme E. P., 28 ans, entre au service de M. le professeur de Rouville, le 11 juin 1907, pour douleurs lombo-pelviennes. Réglée à 17 ans : dysmennorrhée ovarienne, règles très abondantes avec de nombreux caillots. Pas de pertes blanches.

Mariée à 23 ans. Un mois après, grossesse terminée à terme par un accouchement rapide et normal dans ses suites. Un mois après les règles réapparaissent encore plus abondantes qu'avant.

A l'âge de 25 ans (1904), douleurs et pertes blanches abondantes, d'une durée de vingt jours, suivies de métrorragies de durée égale. Trois curetages successifs sont pratiqués, à une semaine d'intervalle. Les douleurs disparaissent, mais les menstrues demeurent anormalement abondantes et d'une durée de huit à dix jours.

En mai 1907, un mois avant son entrée au service, les douleurs réapparaissent très violentes ainsi que les métrorragies. La malade est obligée de garder le lit. A l'examen, on trouve un utérus gros, lourd, très mobile, en rétroversion accentuée, mais facilement réductible.

L'hystérométrie pratiquée donne 0,08cm. Les annexes ne sont pas perceptibles à travers les culs-de-sac.

Du 12 au 22 juin, pansements utérins après dilatation à la laminaire et aux bougies d'Hegar. Pas de résultats appréciables.

Le 24 juin, on fait une laparotomie. L'utérus est gros, mais de consistance normale, en rétroversion très prononcée. Les annexes droites paraissent complètement saines. Par contre, l'ovaire gauche est sclérokystique, et la trompe correspondante très rouge, congestionnée, en chapelet. Ablation des annexes gauches, suivie d'hystéropexie antérieure (Doléris-Richelot). Suture de la paroi à trois plans, sans drainage.

L'examen anatomo-pathologique des pièces enlevées, confirme les lésions appréciées de visu et énoncées plus haut, le 17 juillet 1907, c'est-à-dire, vingt trois jours après l'opération, la malade sort guérie.

Le 25 du même mois, elle déclare ne plus ressentir aucune douleur.

Le 10 janvier 1908, à la suite de douleurs lombaires et de métrorragies légères éprouvées par la malade, un nouvel examen est pratiqué. L'utérus est mobile et en légère anteversion. Les annexes droites qui paraissent saines au moment de l'opération semblent alors donner l'impression d'une salpingo-ovarite kystique. On conseille à la malade de rentrer dans le service, mais elle préfère, dit-elle, attendre encore quelque temps.

Un mois après le mari écrit à M. le professeur de Rouville que les douleurs et les métrorragies ont complètement disparu depuis vingt jours et que sa femme se sent très bien. Ce bon état de choses a continué depuis.

OBSERVATION 10

Observation inédite due à l'obligeance de M. le professeur DE ROUVILLE.

Salpingo-ovarite gauche avec rétroflexion utérine. Annexectomie gauche et hystéropexie isthmique. Guérison.

C. N. ., 30 ans, demeurant à Gignac, entre le 16 avril 1907, salle A. Paré, n° 2 pour douleurs dans le bas-ventre.

La malade a été réglée à 14 ans, régulièrement. Trois à quatre jours, sans douleurs, sans caillots, ni pertes blanches. Mariée à 20 ans, elle a eu 5 enfants. Pas de fausses couches. Ses accouchements ont été normaux, tous à terme. Les règles ont réapparu trois mois après le dernier allaitement, sont avancées, plus abondantes durant 5 à 6 jours. La malade est obligée pendant cette durée de garder le lit. Elle souffre de la tête et accuse des pertes blanches plus abondantes.

Depuis 5 ans, après son dernier accouchement, la malade accuse des douleurs dans le bas-ventre, dans la fosse iliaque gauche, s'irradiant vers le creux épigastrique, parfois vers la fosse iliaque droite. D'abord passagères, ces douleurs sont maintenant de longue durée surtout intenses au moment des périodes menstruelles. Elles sont accompagnées de dyspnée d'effort, de céphalée, vertige. Il y a une semaine, perte de connaissance au moment d'une crise. La malade fort amaigrie est très émotive et très nerveuse.

A l'examen, on note un ventre souple, douloureux à la pression au niveau de l'hypogastre et surtout de la fosse iliaque gauche. Pertes blanches.

Au toucher ; on atteint le col à 3 centimètres de la vulve,

on perçoit une déchirure à droite et à gauche. L'utérus est en rétroflexion. Le cul-de-sac droit est douloureux — pas de tumeur appréciable. Le cul-de-sac latéral gauche est plus douloureux, il est le siège d'une tuméfaction dont il est difficile d'apprécier les limites.

Opération. Le 6 mai 1907, on fait une laparotomie médiane sous-ombilicale. Les annexes droites paraissent normales — l'ovaire de volume ordinaire est scléro-kystique à gauche, on trouve de gros kystes de l'ovaire dont un se rompt pendant l'ablation des annexes de ce côté. On pratique donc l'annexectomie gauche et l'hystérectomie isthmique à l'aide de trois fils de catgut comprenant les droits et leur aponévrose.

Examens des pièces : Trompe légèrement augmentée de volume et de consistance — l'ovaire est scléro-kystique — sur le bord du ligament tubo-ovarien, on a un kyste à liquide clair et transparent, du volume d'une amande.

Les suites opératoires sont bonnes. Le 30 mai la malade sort guérie. Depuis sa sortie, elle n'a plus ressenti aucun des symptômes douloureux qu'elle avait signalés avant l'opération. Ses règles sont normales non douloureuses.

Elle vient elle-même, au début de 1908, trouver M. le professeur de Rouville. Les fonctions génitales sont parfaites ainsi que son état général.

OBSERVATION 11

Observation inédite et personnelle.

Salpingo-ovarite gauche. — Ovarite-sclérokystique à droite. — Ablation des annexes gauches. — Résection partielle de l'ovaire droit. — Guérison.

Mme R. D..., 22 ans, entre au service de M. le Professeur de Rouville, le 2 juillet 1907, pour douleurs abdominales et hémorragies.

Pas d'antécédents héréditaires; rien du côté du mari; un enfant de 25 mois bien portant.

Normalement réglée à 12 ans, elle se marie à 20, a une grossesse normale qui donne lieu, à terme, à un bon accouchement. Elle se lève trois jours après et conserve quelque temps un léger état fébrile.

Depuis cette époque, plusieurs fois par mois, hémorragies abondantes durant, de huit à dix jours, accompagnées de légères douleurs abdominales, sans pertes blanches; amaigrissement considérable, sans autre cause appréciable.

A l'examen, nous trouvons l'utérus gros, en légère anteversion. On sent dans le cul-de-sac postérieur une masse molle, élastique, peu douloureuse, et débordant l'utérus par en haut.

Les culs-de-sac antérieur et latéral gauche sont libres. Dans le cul-de-sac latéral droit on sent une petite masse roulant sous le doigt, et douloureuse à la pression. Le doigt ramène une sécrétion muco-purulente.

Traitement médical jusqu'au 26 juillet, amenant une amélioration notable de l'état local, sans cependant calmer les douleurs.

Le 26 juillet, laparotomie sous chloroforme. L'utérus est légèrement augmenté de volume; l'ovaire gauche est gros et contient plusieurs kystes hématiques dont l'un a le volume d'une noisette; la trompe correspondante paraît saine, mais devant le sacrifice nécessaire de l'ovaire, on l'enlève aussi. L'ovaire droit est sclérokystique : on pratique l'ignipuncture. Mais une hémorragie se déclarant en un point, on termine par une résection partielle de l'ovaire et suture au catgut. Fermeture de la paroi à trois plans sans drainage.

La malade sort guérie le 19 août 1907.

Le 15 octobre de la même année, la malade vient trouver M. le Professeur de Rouville. Les hémorragies ont complètement disparu ; les menstrues sont régulières, mais pendant les deux jours qu'elles durent, elle se plaint, dit-elle, de douleurs dans le côté gauche (côté où les annexes ont été enlevées) !!!

Au mois de décembre suivant, la malade ne souffre plus. Depuis, guérison confirmée.

OBSERVATION 12

Observation inédite due à l'obligeance de M. le professeur DE ROUVILLE.

Salpingo-ovarite gauche avec rétroflexion ultérine. Annexectomie gauche et ovariotomie droite. Guérison.

A. T..., 29 ans, demeurant à Lunel, entre le 3 mai 1908, salle A. Paré nº 9 pour pertes blanches et douleurs concomittantes dans le bas-ventre.

Réglée à 12 ans pour la première fois elle voit pendant un an ses règles disparaître. Elles apparaissent à nouveau — sont régulières, douloureuses avant leur venue, durent de 3 à 4 jours, peu abondantes, sans caillots. La malade a eu, à ce moment-là des pertes blanches abondantes. Mariée à 19 ans, elle n'a eu ni accouchements ni fausses-couches.

Actuellement, depuis deux ans, les pertes blanches sont devenues plus abondantes durant toute la période intermenstruelle ; la malade éprouve en outre des douleurs très vives dans le bas-ventre avec irradiation dans les reins. Ces douleurs cessent au moment des règles qui sont restées

normales. Rien à signaler du côté de la miction. Pas d'amaigrissement. Tempérament irritable. Céphalées fréquentes.

A l'examen, nous trouvons un ventre souple sans vergetures.

Au toucher : le col petit est en avant, le fond utérin est dans le Douglas, en retroflexion — les culs de sac sont libres : à droite, la trompe roule sous le doigt sans être douloureuse ; dans le cul-de-sac gauche, et, en arrière, le doigt arrive sur une masse arrondie et allongée, peu volumineuse.

Opération. — le 15 mai 1908. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Paroi vasculaire. L'utérus en rétroflexion est facilement redressé. Les annexes gauches sont libérées assez rapidement des adhérences qui les retiennent en arrière : annexectomie de ce côté. A droite, on n'arrive que péniblement à isoler l'ovaire : rupture d'un kyste hématique : ovariotomie. On place un drain dans le Douglas — on fait un double surjet au catgut et aux crins.

Examen des pièces. Annexes gauches : trompe de calibre normal — le pavillon est soudé à l'ovaire, il est tortueux et contient un liquide citrin. L'ovaire est augmenté de volume, gros comme une mandarine, contient un gros kyste folliculaire bourré de caillots récents qui ont l'aspect de gelée de groseilles.

Les suites opératoires sont normales. On enlève le 17 mai le drain et on administre une purgation au calomel. Le 7 juin, la malade sort guérie.

Elle revient trouver M. le professeur de Rouville, le 13 juillet 1909 en excellent état, se plaignant seulement de pertes blanches. M. le professeur de Rouville, après examen, lui conseille de ne point s'en préoccuper. Les douleurs ont complètement disparu. La malade a retrouvé l'appétit et le sommeil, elle travaille bien et sans fatigue.

OBSERVATION 13

Observation inédite due à l'obligeance de M. le professeur DE ROUVILLE.

Métro-Salpingo ovarite. — Dilatation avec laminaires et cautérisation. — Secondairement, ovariotomie partielle. — Guérison.

B. M., 23 ans, domestique à Montpellier, entre dans le service de M. le professeur de Rouville, salle Füster, n° 5, le 18 juin 1907, pour douleurs dans le bas-ventre.

La malade a eu, à 21 ans, une rougeole. Elle est sujette aux angines. Elle a été réglée à 14 ans régulièrement. Quelques pertes blanches, pas de caillots. Mariée à 18 ans, elle a eu un enfant, pas de fausses couches. Les suites de couches ont été bonnes. Après cet accouchement, il y a quatre ans, elle a eu des pertes blanches abondantes durant toute la période intermenstruelle. Les règles un peu douloureuses sont toujours régulières. Depuis deux ans, les douleurs ont été plus vives du côté gauche du ventre, sans cause apparente : elles sont plus intenses pendant la période intermenstruelle. Depuis un mois ces douleurs s'irradient depuis le côté droit jusque dans les reins. On lui fait, dans le service de M. le professeur Forgues, des pansements vaginaux et intra-utérins qui amènent diminution des pertes blanches. Actuellement tous les symptômes douloureux ont disparu.

A l'examen, on réveille à la pression une douleur dans l'hypogastre et dans la fosse iliaque droite. Au toucher, on atteint un col gros présentant une déchirure latérale. Le fond utérin est en antiflexion réductible, peu douloureux. On perçoit dans le cul-de-sac latéral droit une masse irréguliè-

rement arrondie, du volume d'une mandarine, très mobilisable par le palper combiné. Douleur à la pression dans le cul-de-sac latéral gauche. On perçoit également les annexes mais moins volumineuses.

Le 23 et 24 juin, on place des laminaires.

Le 25, on fait en plus, une cautérisation à la teinture d'iode.

Le 26, on suspend ce traitement : un suintement sanguin, vient de l'utérus et représente peut-être le début de ses règles, qui normalement auraient dû arriver le 4 juillet.

Ce traitement fait, on enlève le 2 juillet, un kyste de l'ovaire droit parfaitement libre. L'ovaire gauche est légèrement kystique. On cautérise au thermocautère, on excise les 3/4 de l'ovaire On place un fin catgut sur la partie restante. Les suites opératoires sont bonnes.

Revue par M. le professeur de Rouville au mois de janvier, la malade n'a plus eu aucun des symptômes douloureux et fonctionnels du début.

OBSERVATION 14

Observation inédite et personnelle.

Salpingo-ovarite kystique double. — Ablation de l'ovaire droit. — Ignipuncture de l'ovaire gauche. — Guérison.

M. G... entre au service de M. le Professeur de Rouville pour douleurs abdominales, violentes surtout à droite.

A l'examen, on porte le diagnostic de Salpingo ovarite kystique double et on décide l'intervention.

Elle a lieu le 29 décembre 1906.

Laparotomie, la malade étant en Trendelenburg : l'utérus

est dans la concavité sacrée et est ramené en avant assez facilement; les annexes du côté droit sont saines quant à la trompe, mais l'ovaire est doublé de volume, scléro-kystique avec un kyste folliculaire saillant, de la grosseur d'un petit pois. Ablation de cet ovaire. A gauche, les annexes paraissent saines, mais il y a deux petits kystes transparents entre la trompe et l'ovaire, qui sont ignipunctures. Fermeture de la paroi à trois plans sans drainage. La malade sort guérie au dix-septième jour.

Revue en 1908, elle déclare n'avoir plus souffert de son ventre depuis l'intervention et avoir été réglée très régulièrement.

OBSERVATION 15

Observation inédite, personnelle.

Salpingo-ovarite gauche suppurée. — Ovario-salpingectomie. — Guérison.

Mme M. C..., lessiveuse, 35 ans, entre dans le service de M. le Professeur de Rouville, en décembre 1906, pour douleurs abdominales siégeant du côté gauche.

Réglée à 12 ans, régulièrement, abondamment et sans douleur, les règles d'une durée de quatre à cinq jours s'accompagnaient de nombreux caillots. Mariée à 17 ans, elle a, jusqu'à l'âge de 21 ans, trois grossesses suivies de trois accouchements normaux A cette époque, la malade éprouve des douleurs siégeant principalement à gauche et dans la partie médiane de l'abdomen, douleurs qui ne la quittent pas jusqu'à l'époque actuelle (malgré un curetage pratiqué à la maternité et des injections antiseptiques),

s'exagérant par intermittence au point d'obliger la malade à garder le lit tout une journée.

A l'examen, on sent nettement dans le cul-de-sac gauche l'ovaire, et surtout la trompe augmentée de volume et très douloureuse à la pression au point d'arracher des cris à la malade.

Le 12 janvier 1907 on pratique une laparotomie. L'utérus est normal, comme volume, mais est fixé à l'épiploon par quelques adhérences.

La trompe gauche est extrêmement volumineuse, et contient une certaine quantité de pus ; adhérences nombreuses. L'ovaire correspondant contient de nombreux kystes dont un hématique d'un corps jaune, de la grosseur d'une noisette.

Ablation des annexes gauche.

Les annexes droites paraissent être entièrement saines. On referme la paroi par une suture à trois plans avec drainage.

Suites opératoires excellentes. — Guérison.

Revue en excellent état le 8 avril 1908.

OBSERVATION 16

Observation inédite, due à l'obligeance de M. le Professeur DE ROUVILLE.

Salpingo-ovarite droite. — Colpotomie postérieure. — Extirpation des annexes droites. — Guérison.

M G. ., 21 ans, cuisinière, entre le 1er juillet dans le service de M. le Professeur de Rouville, salle Füster, nº 2, pour douleurs dans le bas-ventre et siégeant surtout à droite.

Réglée à 11 ans, irrégulièrement, elle a des règles peu abondantes, interrompues parfois pendant deux à trois mois. Se marie à 21 ans; n'a eu ni enfants ni avortement.

Après son mariage, elle a des pertes blanches, verdâtres, tachant et empesant le linge. Il y a un an et demi elle fait dans le service de M. le Professeur Forgue un court séjour pour pelvi-péritonite. Depuis cette époque, elle souffre toujours du ventre et les douleurs siègent à droite. Les rapports génitaux sont très douloureux; elle entre dans le service.

A l'examen, on remarque une vulve et un vagin normaux. Le col utérin normal est souple; l'orifice cervical regarde en arrière; l'utérus est mobile. Dans le cul-de-sac latéral droit on sent les annexes très basses et mobiles.

Le 18 juillet, on fait une colpotomie postérieure et avec beaucoup de peine on extirpe les annexes droites. Après les avoir saisis avec une pince, on amène aussi dans le vagin l'ovaire et la trompe. On lie le pédicule au catgut. On draine le vagin et le Douglas avec une mèche de gaze.

A l'examen, l'ovaire est gros, scléro-kystique, très adhérent à la trompe; ses parois sont épaissies et contiennent du liquide citrin formant un hydrosalpynx du volume d'une noix; le pavillon est oblitéré.

Les suites opératoires sont très bonnes. Le 8 août, la malade sort guérie. Elle est vue par M. le Professeur de Rouville, le 10 décembre et ne souffre plus.

OBSERVATION 17

Observation inédite personnelle

Salpingite parenchymateuse, fongueuse. — Abcès volumineux total de l'ovaire droit — Ablation des annexes droites. — Ignipuncture de l'ovaire gauche.

La malade entre dans le service le 7 décembre 1907, avec le diagnostic du salpingo-ovarite. Par l'examen, on confirme ce diagnostic et le 21 décembre, les douleurs qu'éprouve la malade dans le bas ventre, étant plus vives, on se décide à intervenir.

A l'ouverture du ventre, à la place normalement occupée par l'utérus et se prolongeant à droite, on aperçoit une tumeur molle qui est saisie avec une pince à traction à quatre dents. La malade ayant eu ses règles, il y a trois jours, on écarte la possibilité d'un utérus gravide. M. le professeur de Rouville introduit ses doigts entre la tumeur et le sacrum, déchire des adhérences et ouvre, par cette manœuvre, un énorme abcès; il isole immédiatement ce foyer septique, cherche à ponctionner avec l'aiguille de Potain la tumeur, il s'écoule seulement deux gouttes d'un pus épais. En la mobilisant, il aperçoit l'utérus normal, refoulé du côté gauche du bassin. Il enlève alors les annexes du côté droit et place une pince sur le pédicule ovarien. La tumeur que l'on a sectionnée entre deux pinces de Kocher représente l'ovaire et la trompe, transformés en gros abcès. Il fait avec un catgut un Tait sur le moignon tubaire et cautérise avec le thermocautère. Il réunit ensuite par un surjet les deux feuillets du ligament large et lie le pédicule ovarien : il arrive, avec le bord interne du ligament large, qu'il ramène sur le bord droit avivé de l'utérus, à répéritoniser le bord droit de l'utérus. — Du côté gauche, la trompe est saine, l'ovaire est polykystique, légèrement adhérent; il le libère et cautérise au thermo-cautère les petits kystes. Il refait la paroi sans drainage.

Examen des pièces. — Les parois du gros ovaire droit transformé en abcès, sont minces — en un point, on y voit un corps jaune de la dernière et récente menstruation. La trompe est épaissie, remplie de fongosités purulentes. A la

partie inférieure du lambeau péritonial enlevé, on a une cavité pleine de pus. C'était donc un abcès péritonial. En résumé, abcès énorme de l'ovaire, salpingite parenchymateuse et fongueuse, abcès intra-péritonial.

Les suites opératoires ont éte bonnes et sort complètement guérie le 22 janvier 1909.

OBSERVATION 18

Observation due à l'obligeance de M. le professeur DE ROUVILLE.

Salpingo-ovarite kystique. — Ablation de l'ovaire gauche kystique ignipuncture de l'ovaire droit. Plus tard, *opération itérative.*— Ablation des annexes gauches.

C. S., 30 ans, demeurant à Pézenas, entre dans le service de M. le professeur de Rouville, le 4 juin 1908, pour douleurs abdominales, à l'hypogastre.

Elle a été réglée à 12 ans, régulièrement. Se marie à 20 ans, a eu 3 avortements. Il y a dix-neuf mois, elle a eu un accouchement douloureux, pour lequel on a dû employer le forceps et suivi de métrorragies. Depuis elle souffre du ventre, a des pertes blanches. Elle a eu à cette époque cinq ou six crises douloureuses très vives, à début brusque, avec douleurs plus accentuées dans le flanc droit.

A l'examen, le ventre est normal. A la palpation, on trouve un point très douloureux à quatre travers de doigt au-dessus la symphise et un peu à droite de la ligne médiane. Au toucher, on atteint un col gros. Rien d'anormal dans les culs de sac. On fait de la dilatation à l'aide des laminaires. Malgré le repos et des pansements la malade continue à souffrir, on se décide à intervenir.

Première intervention. — Le 4 juin on fait une laparotomie. L'utérus est normal, les annexes ne sont pas en position haute. On constate un peu d'ascite dans le cul de sac vésico-utérin.

L'appendice est turgescent, volumineux et congestionné. On en fait la résection au thermo-cautère et on enfouit le moignon. A gauche, on enlève un gros ovaire kystique. A droite, on fait de l'ignipuncture sur un ovaire plutôt petit et scléreux.

Deuxième intervention. — Les suites opératoires sont bonnes et la malade sort.

Le 2 janvier 1909 elle vient retrouver à nouveau M. le professeur de Rouville, accusant des douleurs aussi vives qu'avant l'opération, siègeant à gauche et à droite, on détruit les adhérences épiploïques et on enlève également les annexes du côté droit.

M. le professeur de Rouville, revoit la malade, le 2 juin elle souffre encore, les douleurs s'irradiant jusque dans les reins. M. le professeur de Rouville pense à un cas de névralgie pelvienne de Richelot et fera en septembre une hysterectomie.

OBSERVATION 19

Observation inédite et personnelle.

Salpingo-ovarite et adhérences post-opératoires. — *Laparotomie itérative.* — Annexectomie gauche et résection de l'épiploon.

L. H., âgée de 34 ans, couturière, domiciliée à Cette, entre le 25 mai 1909 dans la salle A. Paré, n° 6, pour douleurs dans le bas-ventre.

La malade a eu à l'âge de 7 ans une blepharo-conjonctivite, une otorrhée du côté droit à l'âge de 12 ans, une bronchite à 34 ans. Elle est réglée à 12 ans, très régulièrement. Elle a pendant les premiers jours des règles des douleurs nécessitant l'alitement, des crises de nerfs, des vomissements.

Mariée à 17 ans. N'a eu ni enfant ni fausse couche. Les règles sont encore douloureuses pendant 7 à 8 ans. Depuis cette époque les douleurs sont bien moins fortes. Les pertes blanches qu'elle avait, autrefois, très peu abondantes, sont devenues jaunes, puis vertes. Elle souffre pendant la marche, surtout du côté des reins, cuissons à la fin de la miction. Il y a trois ans et demi, elle entre à la clinique gynécologique où elle fut opérée : laparotomie et annexectomie droite. A la suite de cette intervention, en 1907, la malade accusa une amélioration considérable, quand, quatre mois après, se produisit une éventration. C'est alors que la malade a commencé à souffrir du côté droit du ventre près de la cicatrice. C'était, dit elle, une douleur lancinante, parfois brûlante, irrégulière dans ses apparitions et sa durée. Elle accuse en outre des pertes couleur chocolat pendant les trois ou quatre jours qui précèdent les régles. Les douleurs sont alors plus fortes. Irradiation douloureuse sur les reins. Les règles avancent toujours de huit à dix jours, sont peu abondantes, elles durent trois ou quatre jours avec caillots.

Examen. — La femme est très petite. La cicatrice bonne. Eventration peu considérable. Douleur à la pression, à la droite de la cicatrice. Au toucher : col petit, utérus mobile et antéflexion. Le vagin va en se retrécissant. Dans le cul-de-sac latéral gauche, douleur à la pression sans qu'il soit possible d'y trouver une tumeur résistante du cul-de-sac. A droite, rien d'anormal.

Opération, (le 2 juin 1909). — Laparotomie médiane sous-ombilicale. Paroi très mince et vasculaire. Nombreuses adhérences épiploïques et intestinales, adhérences en entéro-épiploïques. Toutes ces adhérences sont facilement déchirées. En avant de l'utérus, adhérences vésico-utérines, en arrière de l'utérus : adhérences de l'épiploon et des franges de l'anse sigmoïde à la face postérieure de l'utérus et aux annexes gauches. Annexectomie gauche A droite, quelques adhérences, résection de la plus grande partie de l'épiploon. Fermeture de la paroi par un double surjet, pas de drains.

Examen des pièces. — Epiploon graisseux. Trompe congestionnée, tortueuse et soudée à l'ovaire par de nombreuses adhérences, pavillon perméable, ovaire scléreux et kystique. Kystes hématiques, dont un du volume d'une amende.

Les suites opératoires ont été bonnes. Réunion par première intention.

La malade sort le 2 juillet, complètement guérie.

OBSERVATION 20

Première partie de l'observation, personnelle
La seconde est due à l'obligeance de M. le professeur DE ROUVILLE.

Métro salpingo-ovarite. Hysteropexie, ablation partielle de l'ovaire droit et ignipuncture de l'ovaire gauche, en 1907. *Laparotomie itérative* et hystérectomie abdominale totale, en 1909.

F. R., âgée de 26 ans, entre à l'hôpital dans le service de M. le professeur de Rouville, pour douleurs dans le bas-ventre et surtout du côté gauche.

Réglée à 13 ans, règles abondantes, avec caillots, durant 5 jours : et douloureuses : quelques pertes blanches.

Mariée à 22 ans, elle a un accouchement 9 mois après : vomissements incoercibles : accouchement spontané quelques jours avant terme. Suites de couches bonnes — les règles ont réapparu un mois après. Pas de fausses-couches. Plus tard, les règles deviennent plus abondantes, on note une légère métrorragie ayant duré un jour et des pertes blanches.

Première intervention. Il y a deux ans la malade entre à l'hôpital dans le service de gynécologie. On fait une laparotomie pour retrovusion et ovarite kystique : hysteropepsie, ablation de l'ovaire droit, ignipuncture de l'ovaire gauche. La guérison se maintient pendant huit mois.

Actuellement, depuis 16 mois, douleurs dans le bas-ventre, surtout marquées dans la fosse iliaque gauche. Ces douleurs apparaissent surtout la nuit, lors de l'extension complète des membres inférieurs. En même temps, la malade signale des vomissements. Pertes blanches, règles abondantes, avec caillots.

A l'examen, on note d'abord la cicatrice de la laparotomie à la pression, douleur développée nettement dans la fosse iliaque gauche, beaucoup moins forte sur la ligne médiane et à droite.

Au toucher, gros col avec déchirures et kystes — utérus adhérent à la paroi. Dans le cul de sac latéral gauche, tumeur arrondie douloureuse, mobilisable entre le doigt vaginal et la main abdominale. Son volume paraît être celui d'une petite orange. Légère douleur dans le cul de sac latéral droit.

Deuxième intervention. Laparotomie itérative — on trouve, à l'ouverture du péritoine des adhérences de l'épiploon dans la partie supérieure de la cicatrice de la pre-

mière opération. L'utérus solidement fixé à la paroi, ne peut en être détaché qu'avec les ciseaux. Isolement des annexes droites — à gauche rupture du kyste, pendant les manœuvres de dégagement — on termine par une hystérectomie totale.

Examen des pièces. — Urtéruses à parois épaisses — gros col ulcéré de mitrite.

Annexes gauches - trompe flexueuse fixée par des adhérences. Cros kyste hématique de l'ovaire.

Annexes droites – trompe flexueuse, de calibre normal avec pus à l'intérieur.

Les orifices abdominaux des deux trompes sont perméables.

Le 29 mai 1909, la malade sort guérie avec des suites opératoires normales.

OBSERVATION 21

La première partie de l'observation est personnelle, la deuxième est due à l'obligeance de M. le professeur DE ROUVILLE.

Salpingo-ovarite gauche et fibromatose.
Primitivement annexectomie du coté droit. Plus tard hystérictomie abdominale subtotale. *Opération itérative.*

C. A., 37 ans, ménagère, demeurant à Montpellier, entre dans le service de M. le professeur de Rouville, pour métrorragies et douleurs dans le côté droit du ventre.

La malade est réglée régulièrement à 12 ans. Mariée à 17 ans, elle a, cinq ou six mois après son mariage, des pertes blanches. Deux ans après premier accouchement. Cinq ans après autre accouchement. Il y a 14 ans avortement de

un mois et demi. Depuis lors, la malade éprouve des douleurs dans le côté droit du ventre. Les règles deviennent irrégulières plus abondantes, avec caillots, elle signale même des métrorragies. Trois ans après cet avortement, la malade a un enfant puis deux autres. Quatorze mois après ce dernier accouchement, il y a environ cinq ans et demi, M. Reynès fit un curretage, à la Maternité. Après quoi la malade a un dernier enfant.

L'allaitement de ce dernier terminé, l'irrégularité des règles et les métrorragies réapparaissent. Douleurs dans le bas ventre, surtout à droite. Ces douleurs sont plus intenses pendant les jours qui précèdent les règles : elles durent deux ans. La malade entre alors à l'hôpital, dans le service de M. le professeur de Rouville, qui enlève les annexes du côté droit.

Maladie actuelle. — Il y a quatre mois, la malade a une abondante ménorragie avec caillots. Elle éprouve des douleurs dans la fosse iliaque droite, qui nécessitent son alitement. Métrorragies abondantes, avec les mêmes douleurs, huit jours après. Depuis, règles en avances d'une semaine, toujours très abondantes. Douleur dans le côté droit à la fin de la miction.

Depuis deux ans, la malade signale en outre des attaques d'hystérie : elle sent venir la crise qui dure dix minutes environ.

A l'examen, le ventre est ballonné. Cicatrice sous ombilicale de la laparotomie. Sympanisme. A la pression, douleur à l'épigastre et surtout dans la fosse iliaque droite.

Au toucher le col regarde en avant, l'utérus est en antéfluxion Les culs-de-sacs sont libres. Par palper combiné, on réveille par la main abdominale, une forte douleur à droite.

Le 3 février 1909, on fait une laparatomie médiane et une

hystérectomie subtotale La paroi est très résistante et l'incision pénible. Une première adhérence entre les franges épiploïques et la paroi est sectionnée, après ligature. On trouve de nombreuses adhérences, en avant, entre la vessie et l'utérus, en arrière entre l'utérus et le rectum. Pendant la libération, on rompt quelques petites poches contenant un liquide citrin On termine par une subtotale. On ne laisse pas de drains.

Examen des pièces.— L'utérus est gros, épaissi, scléreux.

Du côté droit, l'ovaire manque car il a été enlevé lors de la première intervention. La trompe est allongée, le pavillon a été rompu et est resté perdu au milieu des adhérences.

Du côté gauche, trompe noueuse, franges hypertrophiées, ovaire scléreux avec gros et petits kystes hématiques, points noirs: cicatrices d'ignipuncture.

Le 3 mars, la malade sort complétement guérie, ayant eu des suites opératoires très normales.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

Nous venons d'exposer nos observations, dont neuf sont personnelles, les autres dues à l'obligeance de M. le Professeur de Rouville, toutes suivies et revues par lui, après l'intervention. Quelle conclusion faut-il tirer de l'ensemble de ces faits cliniques, indéniables, scrupuleusement notés au jour le jour? Nous croyons utile, avant d'en dégager une opinion, de dire quelques mots sur la ligne de conduite suivie jusqu'à nos jours par les gynécologues des divers pays.

Avant que fut ouverte l'ère de l'antisepsie et de l'ovariotomie sans danger, nos devanciers accordaient une assez grande confiance au traitement médical. Une médication symptomatique s'était établie, dans l'impuissance où l'on était de faire une médication thérapeutique. Les reconstituants agissaient sur la santé générale et les sédatifs s'adressaient à l'élément douleur. Le repos local et général était de règle, ainsi que de grands bains, des révulsifs locaux, des cataplasmes émollients, des injections vaginales chaudes et de grandes irrigations rectales. Ces moyens

pouvaient réussir dans les formes congestives légères mais dans une périodes de lésions plus avancées, elles atténuaient seulement la douleur en rendant ainsi moins pénible la vie des malades.

Aussi, même encore aujourd'hui, ce traitement médical doit-il être recommandé pendant quelque temps au début de l'infection. Mais, en règle générale, il ne faut pas s'en tenir là. C'est l'apanages des femmes qui ont le temps et les moyens de se soigner. Quand la femme doit subvenir aux besoins du ménage, il importe de ne pas faire d'elle une malade, une infirme, attendant dans l'inactivité forcée de la chaise longue que la bonne *natura medicatrix* veuille bien réparer de graves désordres.

Le traitement de choix, dans les salpingo-ovarites déjà anciennes, est l'intervention chirurgicale. Il s'en faut de beaucoup que ce soit là une idée récente. Les anciens chirurgiens avaient songé à l'ablation des ovaires. Mais l'outillage imparfait dont ils disposaient, uni à la technique opératoire dangereuse étaient des obstacles sérieux à de tels projets. Néanmoins, en 1722, Shenkler se demanda s'il ne serait pas possible d'enlever les ovaires. Plus de soixante-dix ans plus tard Chambon, après avoir discuté de l'opération, termine ainsi : « Je suis persuadé qu'un jour viendra où cette opération sera considérée comme praticable dans beaucoup d'autres cas outre ceux que j'ai énumérés ; je crois que les objections élevées contre elles disparaîtront ».

En 1809, Max Domell, en Amérique, fait le premier, de propos délibéré, et, dans un but thérapeutique, une ovariotomie pour kyste de l'ovaire. La malade guérit au bout d'un mois et le chirurgien renouvela sur deux autres malades sa brillante intervention. En 1823 seulement la première opération fut faite en Europe et Lizais publiait à Edimbourg en

1825 quatre cas opérés par lui. En France, l'ovariotomie ne fut acceptée qu'avec répugnance : d'ailleurs, c'était une opération extrêmement grave. Boyer disait à ce propos : « La moindre réflexion suffit pour montrer l'impossibilité de cette opération qui n'a jamais été pratiquée et ne le sera probablement jamais ». Et Velpeau annonçait « une fin prochaine de cette utopie créée par des médecins imprudents ». Malgré un plaidoyer habile de Cazeaux qui tenait cette opération pour un acte profondément humanitaire, l'Académie de Médecine en 1856 condamna l'ovariotomie.

Cependant, l'opinion ne tarda pas à changer en 1862. Nélaton fit, à la suite d'un voyage en Angleterre, une relation de cinq cas d'ovariotomie qu'il avait vus opérer à Londres par Baker-Broop. Péan obtient des succès retentissants, de même que Maisonneuve, Landouzy, Verneuil, etc... Hégar fit le premier une laparotomie pour ablation des annexes. Mais L. Tait a réglé et vulgarisé l'opération à laquelle il donna son nom. En France, la memoire de Tillaux, Terrier n'est pas près de disparaître.

A mesure que s'évanouissait la crainte de sacrifier des vies humaines dans une opération dangereuse, apparut l'espoir de guérir les maladies des femmes par l'ovariotomie. Par une réaction naturelle, après avoir été en défaveur, cette opération devint une sorte de panacée universelle et l'on se mit à enlever les ovaires pour des affections insignifiantes, ou n'ayant avec ces organes que des rapports lointains et problématiques. Battey, au congrès de 1881, cite avec fierté 62 cas d'ablation pour ovaralgie et crises épileptiques, et 13 pour aberration mentale. Péan traitait de la même façon l'hystéro épiplexie. Prokonsik opère la castration dans un cas de gastralgie et de mélancolie. Schenziger (de Fribourg) se demande si cette intervention ne serait pas un moyen de prévenir la récidive dans les cas du cancer du

sein. Daumon, Spediacci pratiquent la castration quelques heures à peine après un premier examen et Laupon Tait se flatte, à la simple inspestion du ventre, de dire l'étendue des lésions des annexes, et, s'il faut, ou non, les enlever.

En 1891, Honsitz et Meyer la pratiquent quatre fois contre l'épilepsie, et Pamard une fois dans l'hystérie, sans succès d'ailleurs.

On était allé beaucoup trop loin dans cette voie de l'ablation des ovaires; aussi les réclamations ne tardèrent-elles pas à s'élever contre une chirurgie si radicale. Les gynécologues firent entendre leur protestation à ce sujet: car si les suites immédiates étaient sans danger ou presque, les suites tardives montrèrent que l'on ne mutile pas ainsi des femmes sans leur porter un grave préjudice. Le premier reproche fut celui de la mortalité élevée Budin sur 132 cas relève 6 morts. Chiura 10 0/0, Goodell 11 0/0 Wiedons 19 0/0. On invoqua ensuite contre l'ovariotomie totale faite ainsisans discernement les séquelles qu'elle entrainait. Sp. Mellsdisait en 1891 « on parle bien de guérisons, mais il faut s'entendre sur la valeur de ce mot. » Pour beaucoup d'opérateurs sous le nom de guérison, ils englobent tous les cas qui ne sont pas terminés par la mort. Après l'ablation des annexes, la santé générale est moins bonne qu'avant l'opération. Et les observations se multiplient: on rejette sur l'ovariotomie des troubles congestifs, des bouffées de chaleur, des laryngites et des bronchites. La trachéiite est signalée de même que des poussées congestives du côté du foie (Baudron), des seins (Pirierre), des hématémèses, des épitaxis, des hémorroïdes, tous ces derniers accidents étant des hémorragies de compensation. Paul Raymond signale aussi dans le même ordre, des hémoptisies périodiques. Le ralentissement de la nutrition est mis sur le compte de

l'opération au même titre que certaines cardiopathies, l'arthritisme neuro-musculaire, etc...

Les troubles nerveux ont beaucoup attiré l'attention : douleurs musculaires, articulaires, céphalalgies. L'état mental des opérés devient particulier. Courty de Montpellier, observe une attaque de manie aigüe. Shempood Dum publie ses recherches sur les résultats éloignés de la castration. Sur 100 malades opérés à Broca et à Saint Louis il trouve que 78 0/0 présentent des troubles de la mémoire, 60 0/0 des vertiges et des éblouissements, 50 0/0 étaient devenus très irritables, 42 0/0 étaient atteints de mélancolie 75 0/0 présentaient une diminution des désirs sexuels, 35 0/0 étaient devenues rapidement obèses avaient 15 0/0 des crises nerveuses, 5 0/0 de l'insomnie, 3 0/0 de l'hyprexcitabilité.

En présence d'un tableau si noir, tracé par des chirurgiens de tous pays au sujet des suites de castration, il était évident qu'une réaction allait survenir, analogue, par l'engouement, à celle qui suivit la révélation de l'ovariotomie inoffensive. On se préocupe de toutes parts de récidives à ces accidents tardifs; mais nul ne pouvait songer à s'abstenir d'intervention chirurgicale dans ces cas ; la chose étant entrée dans la pratique. C'est alors que l'ingéniosité des gynécologues se tourna vers un autre point de la question. Si l'on ne pouvait éviter la laparotomie pouvait-on espérer du moins réduire les séquelles au minimum, en n'enlevant que les parties malades? Et un espoir nouveau se fait jour immédiatement: la possibilité pour les malades jeunes de devenir mères.

Les évènements ne tardèrent pas à donner raison à ces nouveaux théoriciens de l'opération conservatrice. Schroëder fit la première résection de l'ovaire le 11 juin 1884. Les suites opératoires furent parfaites et quatre ou cinq ans plus

tard, la malade devint enceinte et accoucha à terme La publication de ce cas eut un énorme retentissement. Entrant dans cette nouvelle voie, de toutes parts, les observations se multiplient. Murphy, en 1885, signala un cas de grossesse après ovariotomie. Pozzi fait paraître ses publications et, après avoir été partisan à outrance de l'ignipuncture remet la question au point quelques années plus tard. Hadza le premier a pensé que la simple rupture des adhérences, si les annexes sont saines, suffirait à calmer les douleurs. Honsitz, Championnière, Terrillon ont pratiqué avec succès cette méthode. Martin et Skutsch sont allés jusqu'à réséquer partiellement des trompes oblitérées et à leur refaire un pavillon. Pozzi a pratiqué soixante-deux fois la résection de l'ovaire ; huit femmes ont dû subir une nouvelle opération plus complète; chez les autres, la guérison s'est maintenue et douze sont devenues enceintes. Nous avons relevé dans la thèse de Mlle Abrackenwitch un grand nombre d'observations recueillies dans la littérature médicale de tous les pays.

Poursuivant la lutte pour cette nouvelle chirurgie, les opérateurs ne devaient pas s'en tenir à ses premières indications. Franck expose son procédé opératoire ; il ne s'arrête pas devant des lésions très considérables et conserve toujours un fragment de l'ovaire. Il le transplante alors, soit dans la trompe réséquée, soit à l'ostium internum, si la trompe a été réséquée in toto. Monis va encore plus loin dans cette voie de la conservation outrée et il arrive à proposer, dans certains cas, la greffe du tissu ovarien. M. le professeur de Rouville, après d'autres gynécologues, observant un cas cité plus haut, de salpingo-ovarite avec déviation utérine (dans l'espèce retro-flexion) a obtenu d'excellents résultats, en pratiquant l'ablation partielle des annexes, accompagnée de l'hystéroplexie.

Tel est, brièvement résumé, l'historique des deux sortes

d'interventions courantes pour lésions de salpingo-ovarites. Il nous sera maintenant facile, après avoir donné impartialement l'opinion et la technique des différents auteurs, après avoir dans un travail d'ensemble, réuni vingt-une observations conservatrices, dont dix-sept suivies de résultats satisfaisants, d'indiquer les avantages et inconvénients, les indications et contre-indications de l'une et l'autre méthode.

CHAPITRE III

AVANTAGES DE LA MÉTHODE

INTERPRÉTATION DES OBSERVATIONS

Sur les vingt-une observations, toutes prises dans le service de M. le professeur de Rouville, quatre ont donné lieu à une opération itérative ; nous en avons vu les résultats. Les opérées, à qui l'on avait seulement enlevé une partie de leurs organes génitaux, ont été opérées une seconde fois, sans que leur état général en ait souffert. Elles se sont présentées avec des lésions annexielles et au moment de l'intervention, ces lésions n'offraient point pour elles un danger plus considérable que pour une première atteinte. Les suites opératoires ont été les mêmes que pour les autres opérées. Nous ne croyons pas — nos observations le prouvent — qu'une opération itérative soit plus dangereuse et si une nouvelle intervention est utile, le pronostic n'en est pas pour cela assombri.

Nous avons noté, en revanche, chez toutes les autres opérées, par les méthodes conservatrices une complète guérison, durable, puisqu'elles ont été contrôlées plus tard par M. le professeur de Rouville. Pour l'une d'entre elles nous avons relaté une grossesse.

Ne vaut-il point la peine, par conséquent, d'essayer ce moyen palliatif, de ne point employer, de propos délibéré, une méthode qui dépasse l'indication vraiment thérapeutique, entraînant après elle des suites pires que la maladie elle-même ? Il faut constater que, dans bien des cas, l'intervention radicale n'est nullement justifiée et que c'est facilement que l'on n'est pas conservateur, quand il s'agit d'affections touchant aux organes génitaux de la femme. Et cependant, par cette méthode, possible dans certains cas, on conserve du même coup une fonction qui caractérise l'individu, qui ne peut être impunément détruite, et en agissant ainsi le chirurgien respecte la nature et agit selon les lois de la biologie générale. Bien souvent l'examen microscopique des ovaires enlevés par Tessier a démontré à Malassez et Ranvier que ces organes pouvaient parfaitement fonctionner. Lucas Championnière avoue, de son côté, que dans nombre de cas opérés par lui, il lui avait été impossible de trouver des lésions bien caractéristiques. Ne faut-il point, après de tels aveux, se demander s'il n'est point possible avant de faire une ablation définitive, irrémédiable, d'atteindre le même but avec des moyens moins radicaux. Dans la chirurgie générale, on tâche de conserver le plus possible, en gynécologie nous observons des tendances toutes différentes, comme si l'appareil génital était en dehors des lois biologiques. Dauléris, après Auvard, affirme que, d'après l'examen des pièces enlevées, 8 0/0 des opérées pourraient éviter l'intervention, l'ablation totale.

Le chirurgien (et M. le Professeur de Rouville nous en a souvent montré les avantages) devrait donc commencer l'opération avec la volonté de conserver le plus possible. Il pourra juger une fois seulement qu'il aura les lésions sous les yeux : même dans le doute, il choisira la méthode la moins mutilatrice. Cette méthode a en effet, avant tout, l'avan-

tage d'être exploratrice. Il est certain qu'il est souvent difficile de juger, dans le cours d'une intervention, du degré de bénignité ou de malignité de la lésion d'un organe, de l'étendue de cette lésion, mais les chances de conserver à une femme jeune tout ou partie de ses ovaires valent les risques d'un échec. MM. Laroyenne, Gouilloud, Tédenat, n'ont-ils point prouvé que dans certaines lésions suppurées l'ablation totale n'était pas toujours nécessaire et qu'il était logique de soigner les abcès de la trompe et de l'ovaire comme ceux du foie, du rein et du cerveau. Dans les affections blennoragiques, on voit que les lésions peuvent aussi guérir intégralement.

Mais la castration totale, en elle-même, de par la suppression absolue des fonctions essentielles qu'elle comporte, n'offre-t-elle aucun danger? Il est tout au moins logique de se poser cette question. Elle provoque, le fait est démontré dans la thèse de Martin 1893, dans celle de Denis 1889, des troubles de nature vaso-motrice, trophique et psychique.

Ces derniers sont les plus rares, peut-être les plus graves : ils se traduisent par un affaiblissement de la mémoire et conduisent même parfois à des psychoses. Ces psychoses peuvent être consécutives, il est vrai, à toutes les opérations pratiquées sur l'abdomen, mais elles sont beaucoup plus fréquemment observées après l'opération de Battey. Werth a vu l'aliénation mentale se développer deux fois seulement sur cent soixante ovariotomies, deux fois après six castrations totales.

Cliniquement, les troubles raso-moteurs sont les plus marqués, les plus fréquents. A côté de vertiges, de sueurs, de bourdonnements d'oreilles, de maux de tête, les femmes éprouvent des poussées congestives du côté de la tête et des troubles cardiaques qui peuvent les rendre complètement inaptes à tout travail.

Les troubles trophiques apparaissent sous la forme soit d'une adiposité pathologique, soit d'une atrophie de tout l'appareil génital.

Quant aux troubles réflexes, ils offrent une plus grande gravité. On ne les observe avec une telle intensité qu'après les opérations utéro-ovariennes. Le réflexe pharyngien que M. Championnière voulait appeler « crachotement » domine parfois la scène : il ne laisse aucun repos à la malade, peut occasionner des spasmes douloureux, aboutir à la mort. « L'ovariotomie, écrit Martin, est l'opération qui expose le moins aux accidents nerveux. Dans la castration normale que Lawsson, Tait et Hégar, se disputent l'honneur d'avoir pratiquée les premiers, les accidents réflexes se montrent avec plus de fréquence.» M. Championnière a fait un très grand nombre d'ovariotomies et il a constaté moins d'accidents réflexes que dans les quinze ou vingt castrations qu'il avait faites jusqu'en 1887.

N'est-ce point là, après celui de la conservation de la vie sexuelle de la femme, de son pouvoir procréateur, un argument de la plus haute importance en faveur de notre thèse? Nos observations ont montré des résultats en tous points satisfaisants, lorsqu'on évite cette méthode grosse de conséquences. On peut cependant se demander si malgré ces dangers de la castration elle n'est pas souvent indiquée au point de vue anatomo-pathologique et infectieux. Nous nous contenterons de citer ici l'opinion de Richelot, pour répondre à cette objection. « La doctrine du tout à l'infection domine la gynécologie moderne. Je refuse de croire à l'infection dans les cas où je n'en vois pas trace.» Et Roulland ajoute : « le fantôme de l'infection a fait méconnaître nombre de troubles physiologiques pénibles pour les malades ; je veux parler de déviations du processus de la ponte ovulaire : hyperémie excessive due à la congestion active

ou passive, pouvant aller jusqu'à l'hémorragie folliculaire.» Ces processus morbides ne sont-ils point en effet justiciables d'une toute autre intervention que celle de Battey? Nous prouverons mieux encore la possibilité d'une opération moins mutilatrice, en ajoutant que Roulland, basant son argumentation sur six expériences, sur les lapines, a émis l'idée que « de simples exsudats hémorragiques aseptiques suffisent à engendrer des adhérences durables, solides, qui dévient les organes, les peuvent agglutiner entre eux, les entraînent en une situation ectopique et troublent profondément leur fonctionnement.» Le traitement ici est nettement indiqué en dehors naturellement de la castration.

D'autre part, « contrairement à l'opinion de Nœggerath qui veut que la salpingo-ovarite blennoragique détermine immédiatement une oblitération du pavillon, produisant une péritonite généralisée», nous voyons qu'il n'est pas rare de trouver un pavillon perméable dans la salpingite suppurée. La salpingo ovarite peut passer, ajoute Hartmann dans les Archives de gynécologie 1895, de la phase suppurée, à la phase catarrhale, puis à la guérison. D'autre part, dit Fraipont, il est prouvé aujourd'hui que nombre de collections salpingiennes sont stériles et que, débarrassées d'un foyer de contagion, qui leur viennent de l'utérus, elles ne demandent qu'à se vider où se résorber. Nous n'irons pas jusqu'à affirmer aussi que la grossesse a, sur la salpingo-ovarite, une influence considérable, qu'elle est un traitement celui-la éminemment conservateur. Nous voulons bannir, de parti pris, toute exagération, c'est de propos délibéré; après mûre réflexion, que nous avons, au début de notre thèse, exposé nos observations, elles prouvent les résultats de la méthode conservatrice dans les cas qui, tous les jours se présentaient à la clinique. Nous avons à dessein mis en évidence les inconvénients de la castration totale d'emblée.

Voyons maintenant quels sont quelquefois les inconvénients d'une opération conservatrice.

Vautrin, dans les annales de gynécologie, 1906 invoque en faveur de la castration totale, la possibilité fréquente de la dégénérescence kystique des ovaires — à l'appui de sa théorie il cite des récidives survenues chez ses opérées après colpotomies ou opérations conservatrices vaginales. En supposant cependant un ovaire atteint de dégénérescence kystique, il nous semble, qu'il y a lieu de se montrer conservateur d'une partie encore relativement saine de cet ovaire. Matthæï enlevant, par exemple, un kyste glandulaire multiloculaire d'un coté et ponctionnant un kyste simple de l'autre ovaire, obtient un accouchement à terme. L'anatomie pathologique nous démontre que tous les kystes ovariens ne sont pas de mauvaise nature : il s'agit d'interpréter le processus de formation des kystes, des follicules et des corps jaunes : les kystes folliculaires proviennent de l'ovulation anormale et les kystes des corps jaunes des troubles dans la ponte. Lorsqu'on examine l'ovaire scléro-kystique, on retrouve les difiérents stades du processus de dégénérescence. D'un coté, les cellules de l'épithélium folliculaire hypertrophiées présentent peu à peu la dégénérescence granuleuse de leur protoplasma.

Ces cellules, ainsi dilatées, se détachent et tombent dans la cavité du follicule qui augmente ainsi de volume et un kyste se trouve constitué. D'un autre coté, le tissu préfolliculaire suit une évolution vers la sclérose. Or, le fer rouge, la clinique nous l'apprend, favorise par irritation substitutive, la résorption des tissus déjà atteints de sclérose : donc l'ignipuncture ou une résection partielle pourront arrêter ce processus. C'est ce que nous avons vu dans bon nombre de nos observations : après cette résection, au bistouri ou au thermocautère, la gêne vasculaire a disparu et le fonc-

tionnement normal de la glande a été rétabli — le tout prouvé par les résultats qui sont, ou la guérison, ou même la grossesse dans la plupart de nos observations.

Nous pensons donc, avec Tuffier, que cette dégénérescence kystique de l'ovaire conservé est rare. D'autre part une opération itérative, n'offrant point des caractères de gravité tels, que l'on doive renoncer à la conservation et à ses avantages, il nous semble logique de tenter encore cette intervention, après les résultats heureux suivis dans nos observations.

CONCLUSION

De toutes ces observations, il se dégage, une conclusion bien nette confirmée par l'étude des inconvénients de la castration totale. En présence d'une femme jeune, encore éloignée de la ménopause, le droit et le devoir du chirurgien consistent à tout tenter en vue de ne pas porter atteinte à la possibilité d'une grossesse ultérieure. Il doit même s'exposer sciemment aux risques d'une récidive, puisque, nous l'avons vu, celle-ci n'offre pas, tout compte fait, un danger plus grand que lors de la première intervention.

Bien que la castration totale ne doive être pour le chirurgien qu'un pis aller, il ne l'écartera cependant pas, en principe... Il est des cas nombreux où une castration totale primitive s'impose, et, nous avons vu souvent, le diagnostic établi, M. le Professeur de Rouville, intervenir radicalement. Néanmoins, le chirurgien réservera sa faveur première aux opérations conservatrices, dont les heureux résultats,

contrôlés d'ailleurs, par les nombreuses observations inédites que nous publions, sont, nous semble-t-il, un encouragement dans cette voie.

On ne devra intervenir qu'après avoir jugé de l'étendue et de la profondeur anatomo-pathologique de la lésion. Une objection toute naturelle sera que cet examen macroscopique est difficile, souvent peu exact.

Pour ne point dévier de la ligne de conduite que nous nous sommes tracée, nous renverrons à nos observations : le résultat de l'examen des pièces et les suites éloignées suffiront à réfuter cette objection. Tous les organes, dont l'ablation fut jugée nécessaire ont, en effet, été reconnus malades, après examen histologique ; ceux qui, jugés sains, ont été conservés, n'ont occasionné jusqu'à ce jour que quatre récidives ; chez les autres opérées, tout symptôme pathologique fonctionnel a disparu. Aujourd'hui, tous les chirurgiens sont d'avis que dans les cas de grossesse extra-utérine, on doit, au risque de voir cette grossesse ectopique récidiver du côté opposé, conserver les annexes saines. A fortiori, devra-t-on appliquer cette règle en gynécologie !

Nous terminerons ce plaidoyer en faveur des différentes opérations chirurgicales conservatrices, en faisant nôtre, en matière gynécologique, l'idée émise par Tillaux, en matière chirurgicale : « Il ne faut jamais, dit-il, en son traité de chirurgie, amputer primitivement ». Même vis-à-vis des annexes malades et après laparotomie, la chirurgie peut encore être conservatrice, en se bornant à n'enlever qu'un

ovaire, quand il n'est pas absolument démontré que l'autre soit irrémédiablement atteint, en n'enlevant que la région atteinte d'un ovaire partiellement sain, en limitant l'exérèse à la trompe quand l'ovaire semble pouvoir être conservé.

Les travaux récents sur les sécrétions internes, sur la sécrétion interne de l'ovaire en particulier, ont en effet démontré, qu'on ne supprime pas impunément l'organe d'une fonction aussi importante que l'ovulation, sans entraîner, de ce chef, des désordres généraux, que nous avons seulement — à dessein d'ailleurs — cités dans notre étude.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ABRACKWITCH (Mlle). — Ignipuncture et résection partielle de l'ovaire. (Thèse de Montpellier 1898).

BOUILLY. — Pathologie externe, tome IV.

CHAMBON. — Maladie des femmes, 1798.

L. CHAMPIONNIÈRE. — Bulletin de la Société de Chirurgie, décembre 1888.

COUZETTE. — Ovaires à petits kystes. (Thèse de Paris, 1890).

CORNIL et TERRILLON. — Archives de Physiologie, 1887, 3me série, t. X.

DARTIQUES. — Chirurgie conservatrice de l'utérus et des annexes.

P. DELBET. — Les suppurations pelviennes.

DENIS. — De l'aliénation mentale consécutive aux opérations chirurgicales. (Thèse de Montpellier, 1889).

DOLERIS. — De la thérapeutique conservatrice dans la salpingo ovarite.

SHERWOOD DUUM. — Méd. Record, 1877.

FRANK. — Gesells für geb. u. gyn. zù kolu. 14 janvier, 1897.

HADRA. — Journel of the Amer. ined. assoc. 20 juin 1885.

HEGAR. — Centr. für gyn., 1878, nº 2.

HOWITZ. — Hospital Tidenda 1889.

ISAAC. — De la grossesse consécutive aux traitements conservateurs dans les affections inflammatoires des annexès. (Thèse de Paris 1895).

LABADIE, LAGRAVE et LEGUEN. — Traité médico-chirurgical de gynécologie.

MARTIN. — Résultats éloignés de l'ablation des annexes par laparatomie pour tubo-ovarites. (Thèse de Paris, 1893).

MONTPROFIT. — Chirurgie des ovaires et des trompes.

MORDET. — Thèse de Paris, 1890.

MORRIS. — Reconstitution and surgery of the tubes and ovarin Med. and. surg. Report, 1896.

MURPHY. — Semaine médicale, 1885, p. 144.

NOBLE. — Gynécologial transaction, tome XVII.

ORMIERIS. — Contribution à l'étude de l'ovariotomie. (Thèse de Montpellier, 1889).

ORTHMANN. — Meber Tubenswangerschefs in der ersten Monaten zeit für Geb. und Gyre., 1891, tome XX.

POZZI. — Gynécologie, tome III.

— De l'ignipuncture et de la résection partielle de l'ovaire. Revue de gyn. et chir. abdo., 1897.

P. RAYMOND. — Gaz. des hôpitaux, octobre 1890.

REYMOND. — Anato. path. des salpingo ovarites. (Thèse de Paris 1891).

SEGOND. — In Le Dentu et Delbet. Traité chirurgical, tome VIII.

SKUTSCH. — Bertræge zur operat Therapie du Tubenerkrau kungen. cente. für gyn, 1888, nº 32.

ROULLAND. — Annexites non infectieuses. Gynécologie 1908.

Semaine médicale 1908. — Zentr. Bl. f. Gynækol. 8 août 1908. R. de B.

LE TAIT. — British méd. journal, 1877.

— Of the résultats of curilateril renoval of the uterine appendages. Annex. journal of. obst., 1887.

TERRILLON. — Annales de gynécologie, 1889.

VELJEAN. — Gazette des hôpitaux, 1847.

VAUTRIN. — Annales de gynécologie, 1906.

SP. WELLS. — Congrès de Londres, 1891.

WERTHEIUN. — Revue médicale, 1903.

WYLIE. — The Amer journal of. obst., 1891.

ZOGHA. — Des lymphatiques péri-utérins et pathogénie des salpingo ovarites. (Thèse de Montpellier, 1903.)

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 22 juillet 1909.

Le Doyen,
MAIRET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 22 juillet 1909.

Le Recteur,
ANT. BENOIST.

Montpellier. — Imprimerie de la Manufacture de la Charité.